

<https://helda.helsinki.fi>

Gale profuse en maison de retraite : apport de la dermoscopie

Kluger, Nicolas

2018-12

Kluger , N 2018 , ' Gale profuse en maison de retraite : apport de la dermoscopie ' , NPG
Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie , vol. 18 , no. 108 , pp. 329-332 . <https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.03.002>

<http://hdl.handle.net/10138/307723>

<https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.03.002>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Gale profuse en maison de retraite : apport de la dermoscopie



Extensive scabies in nursing home: The usefulness of dermoscopy

N. Kluger

Dermatology, allergology and venereology, university of Helsinki and Helsinki university central hospital, Meilahdentie 2, 00029 Helsinki, Finlande

Disponible sur Internet le 30 mai 2018

MOTS CLÉS

Dermoscopie ;
Gale ;
Prurit ;
Signe du delta ;
Sillon ;
Sujet âgé

Résumé La gale peut être difficile à diagnostiquer notamment en cas de forme profuse traitée par corticothérapie locale ou orale. La dermoscopie est un examen rapide et sensible pour mettre en évidence l'acarien. Nous rapportons le cas d'un homme de 81 ans avec une éruption eczématiforme profuse prurigineuse depuis plus de 3 mois, pour lequel la dermoscopie a permis de corriger le diagnostic avec la mise en évidence des sillons et des sarcoptes (« signe du delta » ou « signe du deltaplane »).

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Burrows;
Elderly;
Dermoscopy;
Jet sign;
Mites;
Scabies;
Itch

Summary Scabies may be misdiagnosed in case of extensive forms especially when treated with local or oral corticosteroids. Dermoscopy is quick and sensitive tool for diagnosing scabies. We report the case of the 81-year-old man with extensive eczematous, pruriginous, itchy rash lasting more than three months, for whom scabies was rapidly diagnosed by dermoscopy by visualizing both burrows and mites ("jet sign").

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Adresse e-mail : nicolas.kluger@hus.fi

<https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.03.002>

1627-4830/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

La gale est une infection parasitaire bien connue mais qui peut être parfois difficile à diagnostiquer, notamment en cas de forme profuse traitée par corticothérapie locale ou orale. On considère la mise en évidence du sarcopte ou des œufs comme une condition préalable à l'initiation d'un traitement anti-sabieux. La dermoscopie est un examen rapide et sensible pour mettre en évidence l'acarien. Nous rapportons le cas d'un homme de 81 ans avec une éruption eczématiforme profuse prurigineuse depuis plus de 3 mois, pour lequel la dermoscopie a permis de corriger le diagnostic avec la mise en évidence des sillons et des sarcoptes.

Cas clinique

Un homme de 81 ans résidant en maison de retraite était adressé en consultation pour une éruption prurigineuse généralisée d'aggravation progressive. Ses antécédents personnels étaient marqués par une démence frontotemporale avec épilepsie secondaire, un adénome prostatique, une bronchite chronique obstructive et un psoriasis pour lequel il avait été vu la dernière fois à la consultation de dermatologie 2 ans auparavant. Fin novembre 2017, le patient avait reçu deux cures d'ivermectine (6 cp de 3 mg à j1 et j7) dans le cadre du traitement d'une gale en collectivité. Deux-trois semaines après, en décembre 2017, une éruption avait débuté aux membres inférieurs et au dos. L'éruption était traitée initialement comme un eczéma par corticothérapie locale (béthamétasone dipropionate) et antihistaminique (hydroxyzine). En janvier 2018, devant l'aggravation des symptômes, il était traité par une cure courte de prednisolone per os (10–20 mg/jour) et localement un topique contre le psoriasis contenant béthamétasone et calcipotriol était appliqué et maintenu. On rapportait une légère amélioration durant la corticothérapie orale, mais une récurrence après coup. Le patient était agité en raison du prurit féroce. Une nouvelle cure de prednisolone était initiée en février 2018 par son médecin traitant avant d'être adressé en consultation.

À l'examen, le patient était calme avec une désinhibition en relation avec la démence frontotemporale. Sur le plan cutané, on notait un exanthème diffus, peu spécifique, eczématiforme des membres supérieurs et du tronc. Le visage était épargné. Le patient se grattait durant l'examen et l'infirmière accompagnant confirmait un prurit nocturne intense. Sur les poignets, on notait des excoriations. Il n'existait pas de lésions visibles entre les doigts mais sur les paumes étaient observées des lésions squameuses linéaires. Devant l'histoire clinique (possible gale épidémique en institution, exanthème eczématiforme peu spécifique mais étendu, prurit nocturne), une gale était très fortement suspectée. Un examen dermoscopique de la paume retrouvait très rapidement de nombreux sillons scabieux et des sarcoptes à l'extrémité de ces derniers sous la forme du « signe du deltaplane » (Fig. 1). Le diagnostic posé était celui de gale profuse aggravée par la corticothérapie locale et orale. Il n'existait pas de lésion croûteuse en faveur d'une « gale norvégienne ». Le patient partageait sa chambre avec un deuxième résident. Par ailleurs, l'infirmière expliquait que la femme du patient venait lui rendre visite fréquemment

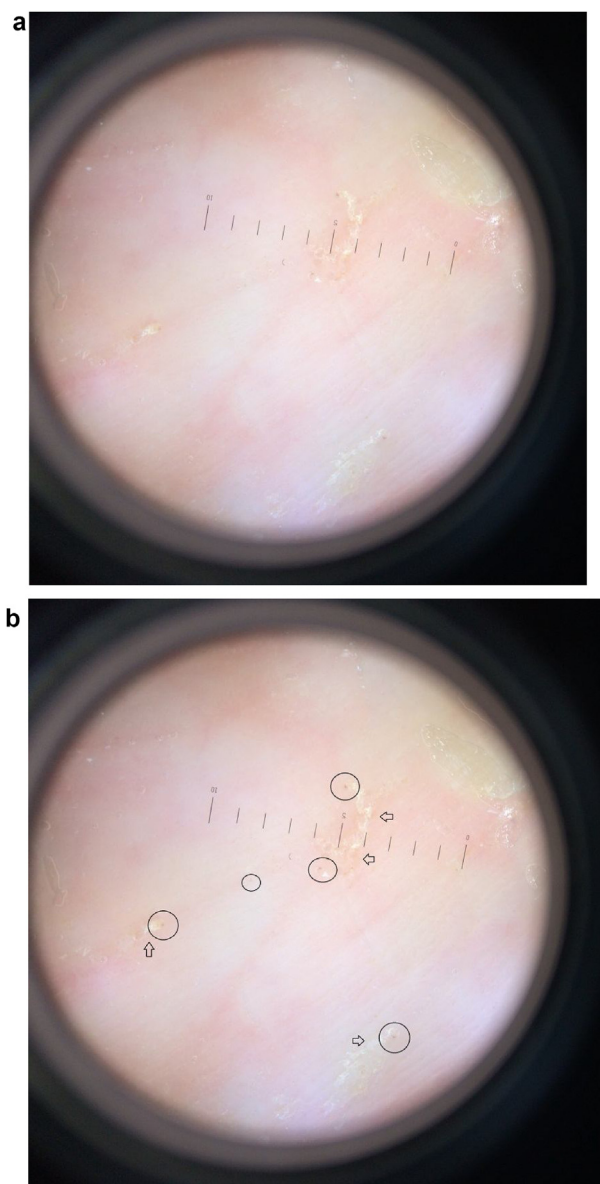


Figure 1. Examen dermoscopique de la paume du patient : a : photo non légendée ; b : photo légendée. On retrouve (au moins) 5 sarcoptes. La partie antérieure du sarcopte forme un petit triangle (cercles, « signe du delta »). Les sillons sont visibles en arrière (flèche).

et le touchait ou le massait. Un traitement par perméthrine 5 % à j1, j7 et j15 associé à une cure d'ivermectine 6 cp de 3 mg à j1 et j7 était prescrit au patient. Un traitement par perméthrine 5 % et ivermectine j1 et j7 était proposé à son voisin de chambre et à sa femme. Le médecin de la maison de retraite a été prévenu et un nouveau traitement par ivermectine j1–j7 pour les autres membres de l'institution a été proposé à l'évaluation du médecin de la maison de retraite.

Discussion

La gale humaine est une infection parasitaire bien connue due à un acarien le *Sarcoptes scabiei* variété *homini*. Elle

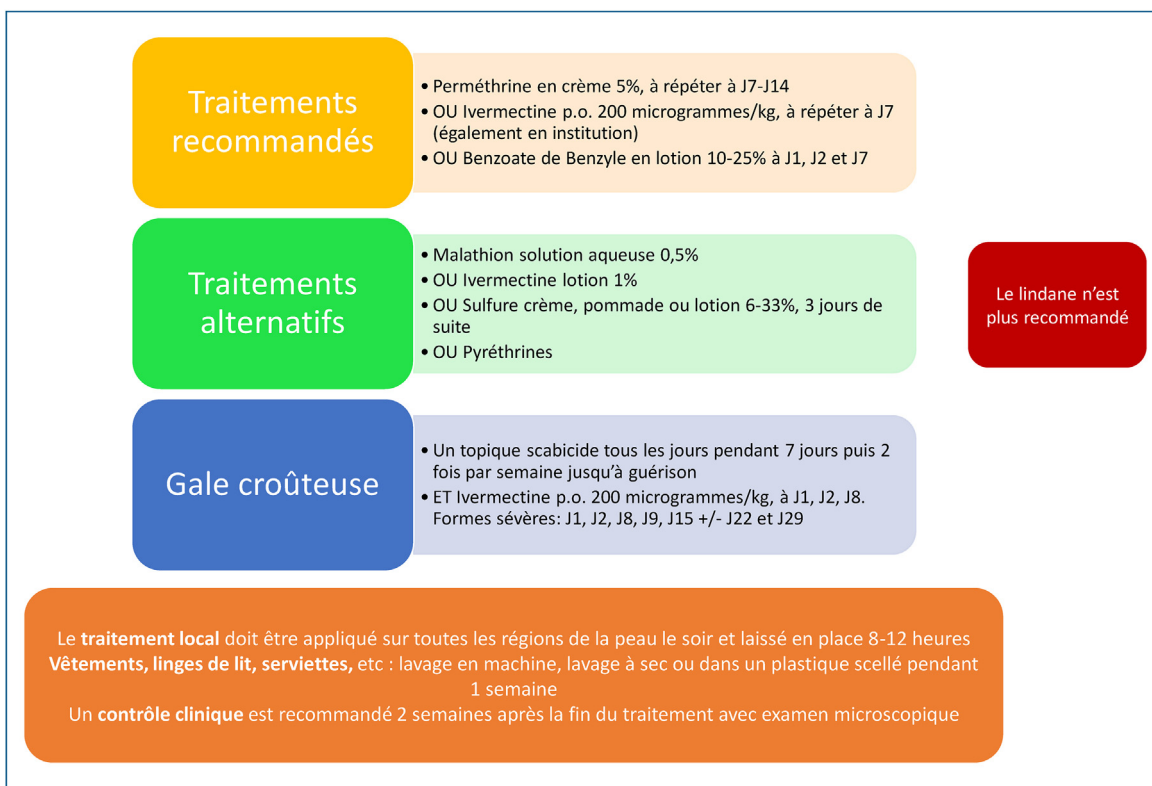


Figure 2. Principes généraux du traitement de la gale. D'après Salavastru et al. [6].

est contagieuse et se transmet dans l'immense majorité des cas par des contacts humains directs, intimes et prolongés [1]. Elle est particulièrement crainte dans les institutions et maisons de retraite en raison des implications en termes de désinfection et de traitement de masse. La gale doit être évoquée devant un prurit diffus à prédominance nocturne épargnant le visage. Les lésions cutanées sont le plus souvent peu spécifiques mais la topographie doit alerter (espaces interdigitaux, face antérieure des poignets, coudes, ombilic, fesses, cuisses, organes génitaux externes, mamelons). La gale peut devenir extrêmement profuse et encore moins spécifique en cas d'immunodépression endogène (cancer, hémopathie, VIH...) ou d'utilisation inappropriée d'une corticothérapie comme cela a été le cas chez notre patient [1]. La gale croûteuse (« gale norvégienne ») est une forme particulière et grave caractérisée par un nombre très important de sarcoptes (1–2 millions), une forte contagiosité en collectivité [2] et même une possible évolution fatale [3]. Des lésions croûteuses d'extension progressive apparaissent et le prurit peut être absent. Pour notre patient, nous n'avons pas posé ce diagnostic.

Le diagnostic est clinique et repose sur l'histoire de la maladie. La plainte spontanée par le patient d'un prurit féroce nocturne et insomniant doit faire évoquer le diagnostic et rechercher le sarcopte. On peut mettre en évidence au microscope l'acarien ou ses œufs en grattant un sillon avec un vaccinostyle [4]. Cependant cet examen peut être négatif. On peut sensibiliser cet examen en utilisant de l'encre de Chine, le sillon apparaissant plus marqué que la peau

adjacente après essuyage à sec. Il guide alors le prélèvement [4]. Cependant, l'examen par dermoscopie dans notre pratique quotidienne a l'avantage d'être rapide et simple [5]. Dans les zones typiques de gale (poignets, paumes, zones interdigitaux) des petites structures triangulaires brunes caractéristiques ou signe du delta (ou du deltaplane, les deux termes sont employés indifféremment en français, « jet sign » ou « delta-wing jet sign » pour les Anglo-Saxons). Ces structures correspondent à la partie antérieure du sarcopte (rostre et deux paires de pattes antérieures). La base du triangle prolonge un sillon sinueux, trajet du sarcopte dans la couche cornée, rendu visible par la présence de bulles d'air et de petits points brun-noir de taille variable correspondant aux œufs ou aux excréments [5]. La dermoscopie permet de s'affranchir ou de guider le prélèvement. Un dermoscope coûte entre 300 et 1000 euros. Des versions avec adaptateurs pour smartphones sont disponibles pour environ 800 euros.

Des recommandations européennes ont récemment été publiées quant à la prise en charge de la gale [6], elles sont résumées sur la Fig. 2.

Conclusion

Les traitements d'épreuve à but diagnostique devant un prurit inexpliqué sont à éviter [4]. La mise en évidence du sarcopte ou des œufs est importante pour affirmer le diagnostic. La dermoscopie est un examen facile à réaliser

pour diagnostiquer une gale. L'achat d'un dermoscope par les gériatres et les médecins travaillant en institution peut s'avérer être un excellent investissement.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Chosidow O. Clinical practices. Scabies. *N Engl J Med* 2006;354(16):1718–27.
- [2] Jouret G, Bounemour R, Presle A, Takin R. La gale hyperkératosique. *Ann Dermatol Venereol* 2016;143(4):251–6.
- [3] Jouret G, Bounemour R, Presle A, et al. Gale hyperkératosique sévère : atteinte « historique » et décès d'une patiente de 52 ans. *Ann Dermatol Venereol* 2016;143(4):275–8.
- [4] Gaspard L, Laffitte E, Michaud M, et al. La gale en 2012. *Rev Med Suisse* 2012;8:718–25.
- [5] Phan A, Dalle S, Thomas L. Diagnostic dermoscopique de la gale. *Ann Dermatol Venereol* 2008;135:155–6.
- [6] Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, et al. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;31(8):1248–53.